

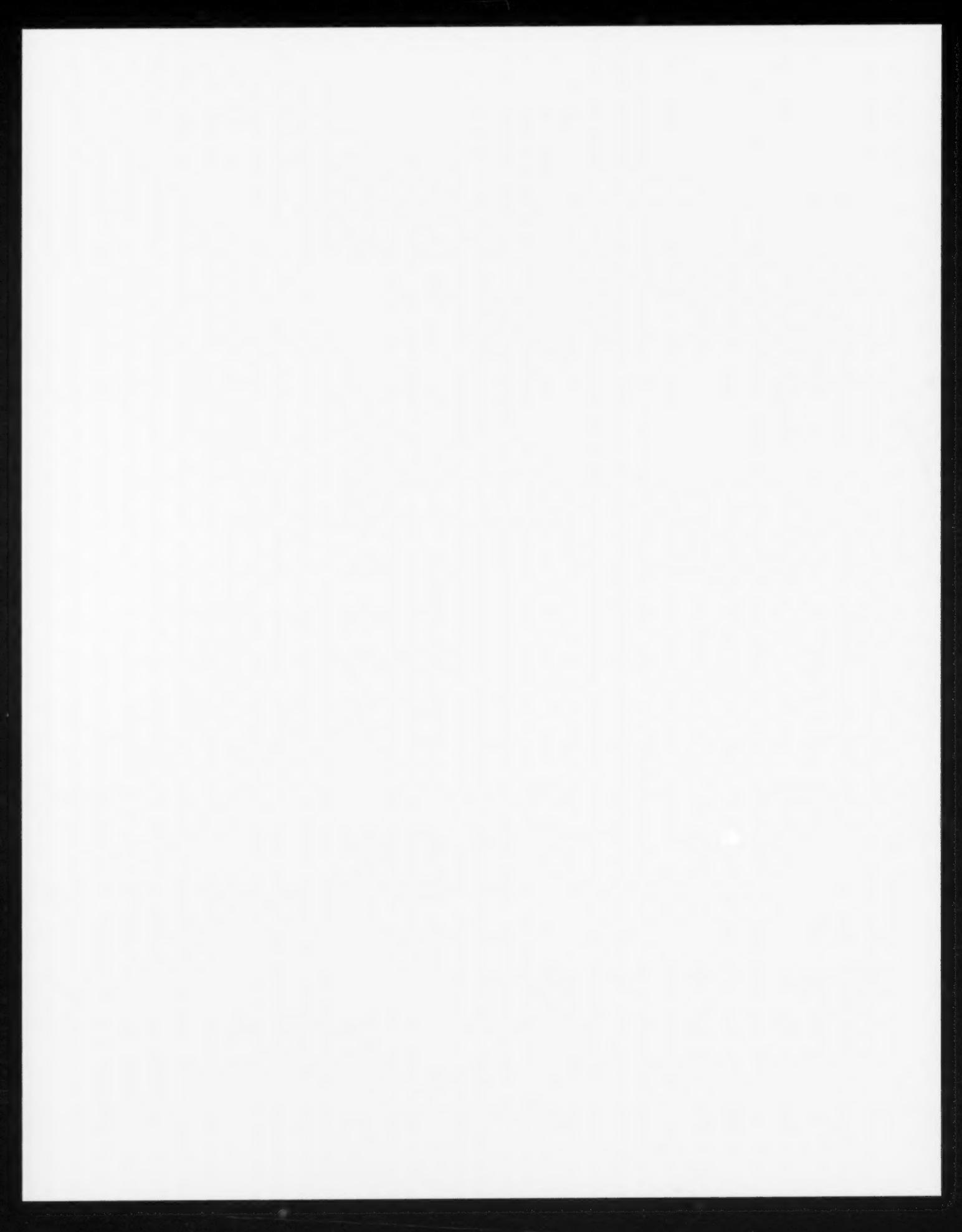
RLISS Waterloo Wellington

Une meilleure santé, un meilleur avenir : La base de nos activités futures

Rapport annuel 2011-2012



Réseau local d'intégration
des services de santé
de Waterloo Wellington



Message de la présidente du conseil et du chef de la direction	2
Membres du conseil	4
Structure de gouvernance du RLISSWW	4
Présentation du RLISSWW	5
Rendement et responsabilité	
Entente de responsabilisation entre le ministère et le RLISSWW	8
Rendement du système de santé	8
Indicateurs de rendement	9
Innovation	
En travaillant ensemble vers un avenir plus sain, Plan de services de santé intégrés (PSSI), 2010-2013	13
Engagement de la collectivité	
Engagement de la collectivité	21
Activités de planification pour les Francophones	22
Activités de planification et services de santé pour les Autochtones	23
Intégrité	
Analyse de la performance opérationnelle du RLISSWW	24
L'avenir	24
États financiers	25
État de la situation financière	29
État des activités financières	30
État de la variation de la dette nette	31
État des flux de trésorerie	32
Notes complémentaires	33-44

Message de la présidente du conseil et du chef de la direction

Au nom du conseil d'administration, nous avons le plaisir de vous présenter une copie de notre rapport annuel de 2011-2012.

Au cours de l'année écoulée, le Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington (RLISSWW) a continué d'élaborer et de forger un fondement solide de collaboration au sein de notre collectivité afin d'améliorer la vie de nos plus de 750 000 habitants et habitantes.

Nous nous sommes concentrés sur l'usage le plus efficace de l'argent des contribuables en mettant l'accent sur la responsabilité et la qualité. Nous avons réussi à réduire les temps d'attente, à augmenter l'accès aux soins et à améliorer durablement la qualité de la prestation de soins de santé. Nous souhaitons saluer le travail de l'équipe du RLISSWW dont les efforts, le dévouement et l'enthousiasme ont permis de nombreuses réalisations dans le cadre de la transformation de notre système de santé local.

Chaque année, le RLISSWW dépense plus de 970 millions de dollars pour fournir des services de soins de santé à ses habitants et habitantes; ces soins comprennent les soins dans les services des urgences et les soins à domicile, les chirurgies et les soins de santé primaires, les repas livrés à domicile et les soins de longue durée, les programmes de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie et les programmes de jour pour les personnes âgées. Nous nous appuyons sur nos milliers de membres du personnel infirmier, médecins, professionnels et professionnelles de soins de santé apparentés, techniciens et techniciennes, personnel de soutien, bénévoles et administrateurs et administratrices talentueux pour réaliser ce travail en notre nom. Nous les remercions pour leurs compétences, leur dévouement et la compassion dont ils font preuve chaque jour dans leur travail.

Même si le présent rapport annuel vous informe des progrès réalisés, nous sommes encore plus enthousiasmés par ce qui nous attend. En 2011-2012, nous avons accueilli un certain nombre de nouveaux membres au sein du conseil d'administration. Par ailleurs, le gouvernement a lancé son Plan d'action en matière de soins de santé, qui donne aux RLISS des responsabilités supplémentaires. Le conseil a profité de cette occasion pour réexaminer la mission, la vision, les valeurs et les priorités stratégiques du RLISSWW. Au cours du second semestre, nous avons élaboré une nouvelle stratégie audacieuse pour notre système de santé local.

À titre de chef de file du système de santé local dans la région de Waterloo, le Comté de Wellington, la ville de Guelph et le Comté de South Grey, notre mission consiste à diriger un système de santé intégré de grande qualité pour notre population. Les systèmes de santé intégrés permettent aux patients et aux patientes de cheminer dans le système le plus en douceur possible sans avoir à rechercher qui appeler ou comment prendre le prochain rendez-vous avec un spécialiste. Les systèmes intégrés garantissent qu'une personne est présente lorsque nous rentrons à la maison après un séjour à l'hôpital. Ils assurent également que les renseignements nous suivent; ainsi, nous n'avons pas besoin de répéter nos symptômes aux praticiens successifs, de leur expliquer les médicaments que nous prenons ou de subir des examens en double. Les systèmes de santé intégrés conduisent à de meilleurs résultats, à de meilleures expériences des patients/clients et à une optimisation de l'argent des contribuables.

À long terme, nous sommes guidés par notre valeur fondamentale, qui consiste à agir dans l'intérêt de la santé et du bien-être de nos habitants et habitantes. À mesure que nous progressons, nous comptons sur nos fournisseurs de services de santé et sur nos partenaires pour accélérer la cadence et initier les changements nécessaires. Cela signifie qu'il faut dépasser le simple cadre d'une organisation et considérer les besoins en matière de santé et de soins des habitants et habitantes comme la première priorité. En tant que chef de file du système de santé de Waterloo Wellington, notre mission consiste à garantir que cela se réalise et que nous sommes préparés et prêts à saisir cette occasion enthousiasmante.



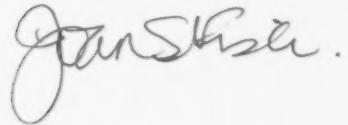
Joan Fisk,
présidente du
conseil



Bruce Lauckner,
chef de la direction

Nous agirons dans l'intérêt de nos habitants et habitantes avant de penser à notre propre intérêt et éviterons le cloisonnement des idées, qui a trop souvent dominé notre système par le passé. De nombreux nouveaux chefs de file émergent dans notre système de santé; ils sont également enclins à placer les intérêts de nos habitants et habitantes en premier et à se concentrer sur les trois objectifs, que sont la Meilleure santé, les Meilleurs soins et l'Utilisation optimisée de l'argent. Au fur et à mesure, nous appuierons ces chefs de file avant les autres, car nous devons accélérer l'intégration.

Le présent rapport annuel résume les objectifs fixés pour le système au cours de l'année écoulée et récapitule les réalisations effectuées en partenariat avec nos fournisseurs de services de santé. Forts de ce succès, nous espérons poursuivre cette collaboration afin d'offrir une meilleure santé et un meilleur avenir à nos habitants et habitantes.



Joan S. Fisk



Bruce Lauckner

Membres du conseil, 2011-2012



Joan Fisk, présidente
2 juin 2011 – 1^{er} juin 2014



Dale Small, Vice-président
18 nov. 2009 – 17 nov. 2012



Manjit Basi
6 oct. 2010 – 5 oct. 2013



Bonnie Bremner
18 avr. 2011 – 17 avr. 2014



Lynda Davenport
27 oct. 2010 – 26 oct. 2013



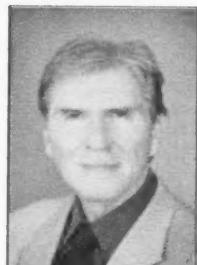
Bill Dinwoody
2 déc. 2009 – 1^{er} déc. 2012



Judy Dirksen
2 juin 2011 – 1^{er} juin 2014



Paul McDonald
17 mai 2011 – 16 mai 2014



Murray O'Brien
2 juin 2011 – 1^{er} juin 2014

Structure de gouvernance du RLISSWW

Le RLISSWW est administré par un conseil d'administration composé de neuf membres désignés par le lieutenant-gouverneur en conseil et nommés en vertu d'un décret en conseil. Les membres ont un mandat de trois ans renouvelable une fois. Il incombe au lieutenant-gouverneur en conseil de désigner le président et le vice-président du conseil parmi les administrateurs. Le conseil se compose de personnes compétentes qui vivent dans la région et possèdent des expériences et des connaissances diverses.

Les réunions du RLISSWW sont ouvertes au public et se déroulent dans diverses localités de la région de Waterloo Wellington. Le conseil comprend trois comités directeurs — finances et vérification, gouvernance et nominations.

Présentation du Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington (RLISSWW)

Le Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington (RLISSWW) fait partie des 14 RLISS qui ont été établis partout en Ontario après avoir constaté que les services de santé étaient mieux gérés au niveau local où ils peuvent être prodigués en appliquant une approche intégrée et en tenant compte des commentaires de la collectivité. Le RLISSWW est responsable de la planification, de l'intégration et du financement des services de santé dans la région de Waterloo, le Comté de Wellington et le Comté de South Grey.

Les RLISS sont les seuls organismes en Ontario qui rassemblent des partenaires de soins de santé des hôpitaux, des centres de santé communautaires, des services de soutien communautaires, des centres communautaires de lutte contre la toxicomanie et de santé mentale, des centres de santé communautaires et de soins de longue durée pour élaborer des solutions novatrices de collaboration, ce qui mène à un accès plus rapide à des services de qualité élevée pour les habitants et les habitantes de la région de Waterloo Wellington et de l'Ontario. En appuyant ces partenariats importants, les RLISS garantissent que la population de l'Ontario ait un accès à un système de santé efficace et efficient qui permet d'obtenir de meilleurs résultats de santé et une meilleure expérience du patient.

Un système de santé intégré pour Waterloo Wellington est :

Un système qui est facile à utiliser et accessible, coordonné et efficace, promeut la santé et le bien-être, assure des soins et des services de qualité hors pair, reconnaît et utilise les contributions de tous les intervenants, encourage l'innovation, le partenariat et l'excellence et sera là pour nous servir aujourd'hui et dans l'avenir.

Notre vision

Meilleure santé – Meilleur avenir

Notre mission

Diriger un système de santé intégré de grande qualité pour nos habitants et habitantes.

Notre valeur fondamentale

Nous valorisons le fait d'agir dans l'intérêt de la santé et du bien-être de nos habitants et habitantes.

Nos services de santé

Le RLISS de Waterloo Wellington est responsable de la planification, de l'intégration, de la coordination et du financement de 77 fournisseurs de services de santé :

Un centre d'accès aux soins communautaires

Quatre centres de santé communautaires (avec quatre centres satellites)

Douze centres communautaires de lutte contre la toxicomanie et de santé mentale

Dix-huit services de soutien communautaires

Huit associations hospitalières (dix établissements hospitaliers)

Trente-quatre foyers de soins de longue durée

Une liste complète des fournisseurs de services de santé financés se trouve sur le site du RLISSWW, www.wwlhin.on.ca.

Notre collectivité

En 2012, la zone du RLISSWW compte environ 745 000 habitants et habitantes, soit 5,6 % de l'ensemble de la population de l'Ontario. Entre 2009 et 2022, le RLISSWW enregistrera une croissance démographique de 16,2 % et devrait se placer au sixième rang des RLISS qui s'accroissent le plus rapidement dans la province. Au cours de cette période, la population provinciale devrait augmenter de 15,6 %. Entre 2009 et 2024, la croissance démographique des habitants relevant du RLISS et âgés de 65 ans et plus devrait surpasser la croissance démographique de la province (68,6 % contre 62,8 %). Toutefois, le pourcentage des habitants de la région de Waterloo Wellington âgés de 65 ans et plus est actuellement plus bas (12 %) que la moyenne provinciale (13,5 %) et devrait se maintenir à un niveau inférieur jusqu'en 2024.

Notre santé

La santé est décrite de diverses manières. Voici un aperçu de certains des facteurs courants qui affectent la santé.

Les habitants et les habitantes de la zone du RLISSWW adoptent de plus en plus des comportements nuisibles pour la santé. Selon les données du Profil de la santé de Statistique Canada de 2011, la région de Waterloo Wellington compte une proportion de personnes obèses et en surpoids (52,8 %) plus importante que la moyenne provinciale de 52 %. Entre 2003 et 2009, le pourcentage moyen de personnes obèses s'est accru de 20,1 % dans le RLISSWW, comparativement à 8,7 % pour la moyenne provinciale.

La participation aux activités physiques a augmenté, mais seulement légèrement, entre 2003 et 2009 dans le RLISSWW (0,8 %) et dans la province (2,8 %). Le pourcentage de buveurs excessifs dans la zone du RLISSWW en 2011 (17,9 %) est plus élevé que la moyenne provinciale (15,9 %). Le taux de tabagisme quotidien en 2011 est de 17,8 % dans la région de Waterloo Wellington, ce qui représente une diminution de 18,4 % depuis 2003.

En 2011, 92,1 % des habitants et habitantes de la région avaient eu des contacts avec un médecin pendant les douze derniers mois, soit une augmentation de 12 % depuis 2009 et une valeur 1 % plus élevée que la moyenne provinciale. Le pourcentage des habitants et habitantes de la région atteints du diabète est de 6,9 %, ce qui est légèrement plus élevé que la moyenne provinciale. De plus, par 100 000 habitants et habitantes, 368 ont été hospitalisés pour une blessure, 118 ont été hospitalisés à la suite d'un accident cérébrovasculaire et 206 ont été hospitalisés en raison d'une crise cardiaque. Depuis 2009, tous ces taux d'hospitalisation baissent et les taux d'hospitalisation pour une blessure et à la suite d'un accident cérébrovasculaire sont désormais inférieurs à la moyenne provinciale.

Parmi les habitants et habitantes, 87,6 % ont terminé des études secondaires, mais seulement 59,8 % ont terminé des études postsecondaires. Le taux de chômage en 2011 était de 7,7 %, et 9,8 % des gens étaient considérés comme des personnes à faible revenu. Comme l'éducation, les taux d'alphabétisation et le revenu sont des déterminants de santé, des améliorations dans ces secteurs auront une incidence sur les résultats de santé des habitants.

Notre géographie

Le RLISSWW couvre une zone d'une superficie d'environ 4 800 kilomètres carrés. Près de 90 % de la totalité de la zone géographique du RLISSWW se composent de régions rurales.



Rendement et responsabilité

Convention de performance entre le ministère et le RLISSWW

Le RLISSWW et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) ont négocié et signé une convention de performance, qui définit les obligations et responsabilités du RLISS et du ministère l'un vis-à-vis de l'autre pendant une période définie. La convention de performance entre le ministère et le RLISSWW comprend plusieurs annexes, qui décrivent les attentes du RLISS en matière d'engagement de la collectivité, de planification et d'intégration, de gestion du système de santé local, de gestion financière, de rendement du système de santé local et de production de rapports.

Rendement du système de santé

Au cours de l'année écoulée, le RLISSWW a travaillé en étroite collaboration avec des fournisseurs de services de santé sur des initiatives visant à améliorer l'accès aux soins et leur qualité pour les habitants et habitantes de la région. Le RLISSWW demeure un des organismes qui obtient les meilleurs résultats en ce qui concerne plusieurs secteurs prioritaires clés, y compris l'accès aux chirurgies du cancer et aux procédures de pontage aortocoronarien.

Les temps d'attente pour les chirurgies de la cataracte et les chirurgies de la hanche et du genou ont augmenté au cours de la dernière année en raison d'un certain nombre de facteurs déterminants, y compris une demande accrue pour ces procédures. Les temps d'attente pour les tomodensitogrammes ont augmenté en raison d'une mauvaise saisie des données sur l'un des sites et de préoccupations en matière de dotation en personnel sur un autre site. Le RLISSWW continue d'encourager ses fournisseurs de services de santé et le comité directeur des temps d'attente de Waterloo Wellington à évaluer ces facteurs et mettre en œuvre des stratégies pour réduire les temps d'attente.

Tandis que les temps d'attente pour les examens par imagerie par résonance magnétique (IRM) ont diminué au cours de la dernière année, l'ajout d'un nouvel appareil d'IRM à l'Hôpital Cambridge Memorial, en service en 2012-2013, aidera à rapprocher le temps d'attente de l'objectif provincial fixé à 28 jours.

Un nombre croissant de patients ont visité des services des urgences à l'échelle des hôpitaux du RLISSWW. Malgré l'augmentation des visites aux services des urgences, le nombre de patients et patientes de jour n'ayant plus besoin de soins actifs mais demeurant à l'hôpital en attendant des soins communautaires, a diminué. Cette diminution peut s'expliquer par les nombreuses nouvelles initiatives Vieillir chez soi, financées pour fournir des soins à domicile, plus de lits de soins de longue durée, l'adoption de la philosophie de soins à domicile d'abord et la collaboration accrue entre les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée, les centres d'accès aux soins communautaires et les services de soutien communautaires pour améliorer le flux des patients et patientes à l'échelle du système.

De remarquables progrès ont été constatés dans la réduction du nombre de patients et patientes attendant à l'hôpital de recevoir des soins de longue durée. Le RLISS de Waterloo Wellington présente actuellement le plus faible pourcentage dans la province de personnes attendant à l'hôpital un lit pour recevoir des soins de longue durée. Le RLISSWW continuera de collaborer avec ses partenaires pour réduire le nombre de patients et patientes de jour attendant à l'hôpital, alors qu'ils sont prêts à rentrer chez eux.

Au cours de l'année dernière, le RLISS de Waterloo Wellington et ses fournisseurs de services de santé ont également réduit de près de 11 % la durée de séjour aux services des urgences pour les patients et patientes admis dans un autre programme hospitalier, plaçant ainsi le RLISSWW à la première place dans la province.

De manière générale, nous sommes fiers du travail accompli au cours de l'année écoulée, en partenariat avec les nombreux membres du personnel infirmier, médecins, professionnels et professionnelles de soins de santé apparentés, techniciens et techniciennes, personnel de soutien, bénévoles et administrateurs et administratrices talentueux chez nos 77 fournisseurs de services de santé. Il reste beaucoup à faire et nous nous engageons à atteindre de meilleurs résultats encore au cours de l'année à venir.

Indicateurs de rendement de la convention de performance entre le ministère et le RLISSWW

La convention de performance entre le ministère et le RLISSWW définit les ententes mutuelles entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le RLISSWW à propos de leurs obligations respectives en matière de rendement pendant la période couvrant l'exercice 2011-2012. Le tableau suivant décrit le rendement du RLISSWW par rapport aux objectifs fixés pour 2011-2012. Nous sommes fiers d'avoir établi certains des objectifs les plus audacieux de tous les RLISS et présentons également notre classement à l'échelle provinciale.

Indicateurs de rendement	Point de départ de 2011-2012 du RLISS	Objectif de rendement de 2011-2012 du RLISS	Rendement du trimestre le plus récent de 2011-2012 du RLISS	Pourcentage de l'objectif du résultat du trimestre le plus récent*	Résultat annuel du RLISS de l'exercice 2011-2012	Classement provincial parmi les 14 RLISS
Salle des urgences/ANS						
Pourcentage de jours Autre niveau de soins (ANS) — par RLISS ou établissement***	16,88 %	9,46 %	18,35 %	92,9 %	17 %	10
Les hôpitaux ont libéré plusieurs cas ANS de longue durée; cela est reflété dans les résultats du troisième trimestre de 2011-2012. La tendance récente des patients et patientes ANS (au cours des neuf derniers mois) montre un nombre toujours plus faible de patients et patientes dans la catégorie ANS. Le système a appliqué des ressources à l'augmentation de la capacité communautaire et à la mise en œuvre des soins à domicile d'abord, ayant permis de réduire de près de 40 % le nombre de jours ANS accumulés dans l'attente de lits de soins de longue durée.						
90^e percentile de la durée de séjour aux services des urgences pour les patients et patientes hospitalisés	29,32	20,00	24,05	20,3 %	26,12	5
Au cours du plus récent trimestre du nouvel exercice (premier trimestre de 2012-2013), le RLISSWW a réduit de près de 11 % la durée de séjour au service des urgences pour les patients et patientes hospitalisés par rapport à l'exercice précédent; il occupe désormais la première place dans la province.						
90^e percentile de la durée de séjour aux services des urgences pour les patients et patientes complexes non hospitalisés (CTAS I-III)	7,52	6,80	7,97	17,2 %	7,62	10
La durée de séjour aux services des urgences pour les patients et patientes complexes non hospitalisés est restée à peu près similaire au cours de la dernière année; le quatrième trimestre a montré une durée de séjour supérieure à celle du reste de l'année. Deux sites, l'Hôpital général de Guelph et l'Hôpital Groves Memorial, sont toujours en deçà de l'objectif; toutefois, les organisations qui voient le plus de patients et patientes ont une incidence supérieure sur le 90 ^e percentile de la durée de séjour aux services des urgences.						
90^e percentile de la durée de séjour aux services des urgences pour les patients et patientes simples sans problèmes graves non hospitalisés (CTAS IV-V)	5,12	4,10	5,00	22 %	4,87	11
Alors que la durée de séjour aux services des urgences continue de dépasser l'objectif, le RLISSWW a réduit cette durée pour les patients et patientes simples non hospitalisés de près de 5 % au cours de l'exercice précédent. À l'image du rendement pour les patients et patientes complexes non hospitalisés, l'Hôpital général de Guelph et l'Hôpital Groves Memorial sont toujours en deçà de l'objectif; les organisations présentant un volume supérieur enregistrent un plus grand 90 ^e percentile de la durée de séjour aux services des urgences.						
Temps d'attente pour les chirurgies						
90^e percentile de temps d'attente pour les chirurgies du cancer	49	49	53	8,2 %	48	5
Au sein du RLISSWW, le temps d'attente pour les chirurgies du cancer dépasse l'objectif.						
90^e percentile de temps d'attente pour les procédures de pontage aortocoronarien	34	34	26	-23,5 %	25	1
Au sein du RLISSWW, le temps d'attente pour les chirurgies cardiaques dépasse l'objectif.						

90^e percentile de temps d'attente pour les chirurgies de la cataracte	92	76	90	15,6 %	103	3
Le temps d'attente pour les chirurgies de la cataracte a augmenté; les temps d'attente sont même variables pour certains chirurgiens.						
90^e percentile de temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche	120	103	124	20,4 %	142	3
Le temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche a augmenté; les temps d'attente sont même variables pour certains chirurgiens.						
90^e percentile de temps d'attente pour les arthroplasties du genou	169	115	202	75,7 %	218	9
Le temps d'attente pour les arthroplasties du genou a augmenté; les temps d'attente sont même variables pour certains chirurgiens.						
Temps d'attente pour les diagnostics						
90^e percentile de temps d'attente pour les examens par IRM	62	28	72	157,1 %	67	2
Les deux sites fonctionnent quasiment à leur capacité maximale et la pression exercée par les services d'urgences a influencé le rendement. Un autre appareil d'IRM est prévu pour l'exercice 2012-2013.						
90^e percentile de temps d'attente pour les tomodensitogrammes diagnostiques	33	28	27	-3,6 %	31	9
Le temps d'attente pour les tomodensitogrammes diagnostiques reste meilleur que l'objectif.						
Excellence des soins pour tous/Qualité						
Réadmission dans les 30 jours pour des Groupes de maladies analogues sélectionnés**	14,81 %	14,00 %	14,82 %	5,9 %	14,02 %	2
Pendant trois des quatre derniers trimestres, le rendement a été inférieur à l'objectif; le premier trimestre de 2011-2012 a d'ailleurs présenté un taux de réadmission d'environ 16 %. La réduction des réadmissions pour les cohortes cardiovasculaires et gastro-intestinales a conduit à un taux plus faible de réadmission au cours du deuxième trimestre de 2011-2012.						
Santé mentale et toxicomanie						
Visites aux services des urgences non prévues répétitives dans un délai de 30 jours pour des troubles mentaux**	14,80 %	13,20 %	16,72 %	26,7 %	15,6 %	5
Le rendement du deuxième trimestre de 2011-2012 concorde avec celui des troisième et quatrième trimestres de 2010-2011; il est également supérieur à celui du trimestre précédent. Au cours du deuxième trimestre de 2011-2012, les visites répétitives pour troubles de l'humeur, troubles liés au stress et troubles névrotiques ont augmenté. Ces deux groupes de patients et patientes représentent la majorité des visites répétitives et leur incidence globale est supérieure à celle d'autres groupes.						
Visites aux services des urgences non prévues répétitives dans un délai de 30 jours pour des problèmes de toxicomanie**	21,8 %	18,75 %	18,91 %	0,9 %	19,07 %	4

Le meilleur rendement enregistré au cours du dernier trimestre est attribuable à une diminution des visites répétitives pour alcoolisme.

Accès aux soins communautaires

90^e percentile de temps d'attente pour les services à domicile des CASC – Application communautaire au premier service de CASC (à l'exception de la prise en charge)

36	34,20	25,00	-26,9 %	25	5
----	-------	-------	---------	----	---

Le rendement de cet indicateur continue d'être en deçà de l'objectif sur quatre semaines.

*Un pourcentage négatif signifie que le RLISS a atteint son objectif. **L'exercice 2011-2012 est fondé sur seulement trois trimestres de données (les trois premiers trimestres de 2011-2012) en raison de leur disponibilité. ***L'exercice 2011-2012 est fondé sur les quatre trimestres de données les plus récents (du quatrième trimestre de 2010-2011 au troisième trimestre de 2011-2012) en raison de leur disponibilité.

Plan de services de santé intégrés (PSSI)

En travaillant ensemble vers un avenir plus sain, Plan de services de santé intégrés, 2010-2013

En 2009-2010, en partenariat avec des fournisseurs de services de santé et des habitants et habitantes de la région, le RLISSWW a mis à jour le premier plan stratégique de la région intitulé Plan de services de santé intégrés (PSSI) pour le système de santé de Waterloo Wellington. Depuis lors, le RLISSWW et les fournisseurs de services de santé de la région, guidés par ce plan, ont fait de grands progrès dans l'amélioration de l'accès à des services de santé de grande qualité pour la population de la région.

Le plan stratégique présente une description détaillée des priorités locales, un plan de mise en œuvre et la façon dont les progrès sont évalués. Pour réaliser les huit priorités, le Plan de services de santé intégrés décrit les initiatives d'amélioration du système qui seront mises en œuvre au cours de la période de trois ans prévue pour le plan. Les initiatives ont été mises au point avec les personnes, les réseaux et les organismes qui seront chargés de mettre le plan en œuvre. Le processus d'examen et d'évaluation était rigoureux et continu pour appuyer la réussite et apporter les modifications nécessaires au plan. Ces initiatives sont appuyées par Vieillir chez soi et des activités d'intégration.

Améliorer la sécurité du patient et rehausser la qualité des soins

Grâce à l'engagement et à la consultation intensive de la collectivité, le RLISSWW a désigné « Améliorer la sécurité du patient et de la patiente et rehausser la qualité des soins » comme une priorité absolue. Cette priorité a été confirmée par le Conseil ontarien de la qualité des services de santé (aujourd'hui Qualité des services de santé Ontario), qui a découvert que les Ontariens et Ontariennes partagent une vision commune du système de santé à rendement élevé et souhaitent un système de santé financé par le secteur public, qui soit accessible, efficace, sûr, axé sur le patient et la patiente, équitable, efficient, doté des ressources adéquates, intégré et concentré sur la santé de la population.

Objectif : Notre objectif consiste à mettre en œuvre des initiatives pour que 95 % des habitants et habitantes soient satisfaits des soins qu'ils reçoivent. Nous voulons enregistrer le taux le plus bas d'événements défavorables et d'infections dans la province et nous nous appliquerons à éliminer la duplication des services d'administration et de soutien et des activités cliniques.

Réussites :

- ✓ De manière générale, au sein du RLISSWW, les taux normalisés de mortalité hospitalière ont diminué de manière constante au cours des dernières années dans tous nos hôpitaux.
- ✓ Les taux de réadmission à l'hôpital suite à des soins actifs continuent de fluctuer au sein du RLISSWW, mais restent proches de l'indice de référence provincial ou inférieurs à ce dernier. Cette réussite est le résultat de diverses initiatives, telles que : les équipes itinérantes dirigées par le personnel infirmier, le personnel infirmier chargé de gérer les urgences gériatriques dans les services des urgences, les services améliorés des CASC, les préposés aux services gériatriques intensifs, la mise en œuvre du projet Accès coordonné facile, et plus encore.
- ✓ En avril 2011, tous les hôpitaux du RLISSWW ont élaboré leur premier plan d'amélioration de la qualité, requis en vertu de la *Loi sur l'excellence des soins pour tous*.

Priorités du PSSI

Le Plan de services de santé intégrés, 2010-2013, *En travaillant ensemble vers un avenir plus sain* met l'accent sur huit priorités :

- Améliorer la sécurité du patient et rehausser la qualité des soins
- Améliorer l'accès aux soins dans les services des urgences
- Réduire le nombre de jours « autres niveaux de soin » (ANS)
- Améliorer l'accès aux soins de santé primaires
- Améliorer l'accès aux services de lutte contre la toxicomanie et de santé mentale et leur coordination
- Améliorer la prévention et la gestion des maladies chroniques, dont le diabète
- Améliorer les résultats pour les patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux par le biais de programmes intégrés
- Améliorer les temps d'attente pour les examens par IRM

La cybersanté, les ressources humaines en santé et le leadership stratégique sont trois composantes essentielles qui facilitent l'amélioration et la transformation du système.

Améliorer l'accès aux soins de santé primaires

Les fournisseurs de soins de santé primaires jouent un rôle important dans la prévention des maladies et dans la gestion et le traitement des maladies chroniques. Reconnaissant que le rôle des soins primaires est fondamental pour la détermination précoce des maladies chroniques et l'intervention, le RLISSWW s'engage à garantir que ces services sont facilement accessibles pour tous les habitants et habitantes de Waterloo Wellington et que le secteur des soins primaires est intégré en tous points au continuum des soins de santé.

Objectif : Veiller à ce que tous les habitants et habitantes de Waterloo Wellington aient accès aux soins primaires, améliorer l'utilisation des soins primaires par les populations vulnérables et augmenter le nombre d'habitants et d'habitantes ayant accès aux soins après les heures normales d'ouverture.

Réussites :

- ✓ Environ 95 % des habitants et habitantes de Waterloo Wellington ont un médecin de premier recours ou un endroit où ils vont régulièrement pour obtenir des soins primaires. Ce pourcentage est légèrement supérieur à la moyenne provinciale, égale à 93 %.
- ✓ Ouverture de la nouvelle clinique dirigée par du personnel infirmier praticien à Cambridge et ouverture du site de Shelldale du centre de santé communautaire de Guelph.
- ✓ Nomination du nouveau chef des soins primaires, Dr Sabrina Lim Reinders
- ✓ Entre février 2009 et octobre 2011, 9 450 habitants et habitantes de Waterloo Wellington se sont inscrits à Accès Soins, programme provincial aidant les personnes n'ayant pas de fournisseur de soins primaires à en trouver un. Parmi eux, 4 681 ont été envoyés chez un fournisseur de soins primaires.

Améliorer les résultats pour les patients et patientes victimes d'accidents cérébrovasculaires par le biais de programmes intégrés

Transition vers un système intégré de soins de réadaptation

Le RLISSWW a lancé un examen des services de réadaptation au milieu de l'année 2011 pour déterminer les occasions de rationaliser le système de réadaptation afin d'augmenter l'accès aux soins et d'offrir de meilleurs résultats aux patients et patientes. Un engagement intensif a été mis en place avec les fournisseurs de soins de santé, les professionnels et professionnelles ainsi que les patients et patientes afin de déterminer les défis et les occasions d'amélioration.

Le rapport recommande l'élaboration d'un « système de soins de réadaptation », organisé autour de quatre « canaux de soins » propres à l'état. Afin de s'aligner davantage avec l'examen de la réadaptation, l'Examen des soins pour les ACV du RLISSWW fait désormais partie de l'examen de la réadaptation; il est l'un des quatre « canaux de soins ». Tandis que le canal des soins pour les ACV est plus avancé que les autres canaux, il est bien en harmonie avec le modèle élargi de soins de réadaptation et est de nouveau axé sur les pratiques exemplaires fondées sur l'expérience clinique.

Accroître la possibilité de survivre à un infarctus du myocarde

James était chez lui lorsqu'il a commencé à se sentir mal. Il avait la sensation d'avoir une indigestion douloureuse et avait la nausée. Il a commencé à transpirer et à avoir mal au bras gauche puis à la main. C'est à ce moment que cet enseignant à la retraite a su qu'il était en danger. Il a fait le 911 pour signaler qu'il pensait faire un infarctus puis a appelé son fils pour lui dire que le service médical d'urgence (SMU) était en route.

L'Hôpital général St. Mary's a établi un partenariat étroit avec les services médicaux d'urgence de la région de Waterloo pour s'assurer que les patients et patients de la région de Waterloo aient l'accès le plus rapide à une angioplastie d'urgence pour ouvrir les artères bloquées lors d'un infarctus du myocarde. Les ambulances de la région de Waterloo disposent toutes d'électrocardiographes dont les ambulanciers paramédicaux se servent pour déterminer si un patient ou une patiente fait un infarctus du myocarde avec surélevation du segment ST (STEMI), une crise cardiaque provoquée par le blocage d'une artère.

« Nos ambulanciers et ambulancières paramédicaux ont suivi une formation spéciale leur permettant de faire un ECG dans les 10 minutes de leur arrivée », explique Roger Mayo, gestionnaire des SMU de la région de Waterloo. « Les résultats sont immédiatement analysés pour déterminer si le patient fait une crise cardiaque. Nous téléphonons ensuite immédiatement au cardiologue d'intervention du St. Mary's pour discuter de la situation du patient. Pendant que nous conduisons le patient à l'hôpital, l'équipe cardio se prépare à le recevoir et à intervenir immédiatement. »

Les SMU se sont présentés chez James 6,5 minutes après que celui-ci ait fait le 911. Ils ont fait son ECG puis il était en route vers l'hôpital en 12 minutes. Après 22 minutes, il avait contourné le service des urgences pour arriver directement au laboratoire de cathétérisme au 2^e étage de l'hôpital. Un mois plus tard, James était assez en bonne forme pour partager son expérience avec d'autres à l'activité annuelle organisée par le St. Mary's pour souligner le mois de la santé cardiaque.

Transition vers un système intégré de soins pour les ACV

Au sein du RLISSWW, l'ACV était la troisième cause de décès la plus courante et la neuvième maladie chronique la plus courante. Le risque d'ACV est aggravé par divers facteurs, notamment l'âge, les maladies chroniques telles que le diabète et les modes de vie nuisibles pour la santé. Il a été estimé que d'ici à 2024, le nombre d'ACV au sein du RLISSWW pourrait atteindre 50 %.

Objectif : Améliorer la prévention et la gestion des patients présentant un risque d'ACV par les fournisseurs de soins primaires et réduire les taux de réadmission et de mortalité pour atteindre la moyenne provinciale.

Réussites :

- ✓ Au sein du RLISSWW, un modèle de programme intégré pour l'ACV a été élaboré à l'échelle locale.
- ✓ Il a été recommandé que tous les soins pour les ACV au sein du RLISSWW soient fournis dans le cadre d'un « modèle à bandes ». La bande dans laquelle un patient ou une patiente est placé est déterminée par les résultats de son évaluation fondée sur l'expérience clinique.
- ✓ L'Hôpital général de Guelph a regroupé ses patients et patientes victimes d'ACV dans son installation; ces patients et patientes sont traités par du personnel formé précisément au traitement des ACV.

Améliorer les temps d'attente pour les examens par IRM

Le temps d'attente est mesuré à partir du moment où l'examen par IRM est réservé jusqu'à ce que l'examen soit terminé. Au cours des quatre dernières années, nous avons constaté une amélioration considérable au niveau du temps d'attente pour les examens par IRM; il est en effet passé de l'un des temps d'attente les plus longs de la province au deuxième temps d'attente le plus court. Cependant, les temps d'attente sont encore trop longs.

Objectif : Notre but est de réduire le temps d'attente de 82 jours pour atteindre l'objectif provincial de 28 jours.

Réussites :

- ✓ Le RLISSWW a affecté 57 % de volume supplémentaire aux examens par IRM en 2011-2012, comparativement à 2009-2010.
- ✓ Grâce au soutien et au leadership du RLISSWW, le groupe de travail chargé de l'IRM/la tomographie par ordinateur examine la manière dont les installations peuvent offrir des soins de meilleure qualité en se concentrant sur la réalisation des chirurgies dans la période prescrite pour chaque niveau de priorité.
- ✓ Un nouvel examen par IRM a été ouvert à l'Hôpital Cambridge Memorial en 2012.
- ✓ Réduction des temps d'attente, passant de 163 jours en 2008 à 67 jours en 2012.

Améliorer l'accès aux soins dans les services des urgences

Dans le cadre de l'engagement du RLISSWW à améliorer la sécurité des patients et patientes et la qualité des soins, l'optimisation de l'accès aux soins dispensés par les services des urgences a été désignée comme une priorité et un indicateur clé de la qualité globale du système. Cet établissement des priorités est en accord avec la recherche qui démontre que les patients et patientes qui se rendent aux services des urgences à des moments où les temps d'attente sont plus longs, ont plus de chance de subir un événement défavorable; elle laisse également entendre que la meilleure stratégie pour éviter ce risque consiste à réduire la durée générale de séjour aux services des urgences pour tous les patients et patientes (Guttmann *et al.*, 2011).

Au sein du RLISSWW, six associations hospitalières sont dotées de services des urgences sur sept sites. Ainsi rassemblés, ces hôpitaux ont fourni un service à 266 429 patients et patientes aux urgences en 2010-2011. Repérant les pressions d'une collectivité croissante et les risques de surcharger les services des urgences, le RLISSWW, en collaboration avec les fournisseurs de services de santé, se consacre à l'optimisation des soins adaptés aux patients et patientes.

Objectif : Les visites non urgentes aux salles d'urgence (CTAS 4,5), seront réduites de 10 points de pourcentage tout en assurant que les ressources des services d'urgence sont utilisées de manière adéquate.

Réussites :

- ✓ Pour permettre l'atteinte des objectifs, cinq hôpitaux membres du RLISSWW ont participé à différentes étapes de deux programmes provinciaux : le Programme d'amélioration du fonctionnement et le Programme de financement axé sur les résultats.

La clinique de MPOC améliore la qualité de vie des patients

En tant qu'infirmière praticienne, Loretta McCormick révèle que certains patients et patientes sont perplexes lorsque leur médecin les réfère à la clinique de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) pour recevoir des soins.

« Au début, ils ne savent pas vraiment ce qu'est une infirmière praticienne ou ce que je pourrai faire pour eux », dit Loretta. « Mais dès notre première rencontre, ils comprennent le rôle de la clinique et les soins que je leur offrirai, et ils disent toujours souhaiter y avoir été référés plus tôt. »

Loretta travaille en étroite collaboration avec deux pneumologues, Dr Macie et Dr Mathai, et avec les médecins de famille pour aider les patients et patientes à mieux gérer leur MPOC. La MPOC, l'une des maladies pulmonaires les plus courantes; elle est progressive et chronique et ceux qui en souffrent ont de la difficulté à respirer.

La clinique MPOC a trois objectifs importants : réduire les poussées de la MPOC chez les patients grâce à l'éducation et la gestion des médicaments, aider les patients à mieux comprendre leur maladie chronique et à réduire les visites aux services des urgences en offrant des soins de suivi spécialisés à la suite d'une visite à l'hôpital en raison d'un incident grave.

« Une maladie chronique ne disparaît pas », explique Loretta. « Elle est parfois bien gérée, mais il y a aussi des moments où elle s'aggrave. Nous aidons les patients à savoir exactement quoi faire pendant ces poussées. Ils reçoivent ainsi les soins appropriés de la part de leur médecin de famille et un soutien de notre clinique, au lieu d'avoir à se rendre au service des urgences pour des soins. »

Lorsque l'un des patients de la clinique a besoin de soins d'urgence, Loretta fait un suivi pour s'assurer qu'ils ont le soutien nécessaire pour les aider à se rétablir. Le patient est ensuite vu en clinique pour des tests et une révision de leur plan de gestion afin de prévenir les visites supplémentaires à l'hôpital. « Ce que j'aime le plus de mon travail est de voir la différence que nous pouvons faire dans la qualité de vie de nos patients et patientes », dit Loretta. « Un de nos patients a réussi à cesser de fumer et à faire de l'activité physique. Il passe maintenant son temps à marcher et à jouer au parc avec ses petits-enfants – ce dont il ne pouvait que rêver auparavant. »

- ✓ Entre 2008-2009 et 2011-2012, le 90^e percentile de temps d'attente pour les patients et patientes hospitalisés est passé de 29,2 heures à 27,9 heures.
- ✓ L'augmentation du personnel infirmier chargé de gérer les urgences gériatriques présent dans les salles d'urgence a entraîné un meilleur suivi des personnes âgées présentant un risque de déclin fonctionnel.
- ✓ La mise en place du programme des préposés aux services gériatriques intensifs a permis de mieux orienter les personnes âgées à risque vers les services de soutien communautaire appropriés.

Améliorer l'accès aux services de lutte contre la toxicomanie et de santé mentale et leur coordination

Alors que l'amélioration de l'accès aux services de lutte contre la toxicomanie et de santé mentale est une priorité provinciale, la collecte de données et l'engagement de la collectivité dans le cadre du Plan de services de santé intégrés (PSSI) ont permis de la désigner également comme une priorité locale. Voici quelques-uns des thèmes préoccupants à l'échelle locale : prévalence accrue des troubles de l'humeur et des troubles anxieux; taux plus élevés de l'utilisation de substances chez les étudiants de Waterloo Wellington; taux élevé d'automutilation volontaire; notre communauté autochtone locale a signalé un manque de services de santé mentale, notamment ouverts aux jeunes.

Objectif : Diminuer la consommation de drogues et d'alcool chez les jeunes pour atteindre la moyenne provinciale dans toutes les catégories, atténuer les problèmes de santé mentale chez les jeunes, diminuer le nombre de readmissions et l'utilisation inappropriée des services d'urgence pour atteindre les moyennes provinciales et améliorer l'accès aux services.

Réussites :

- ✓ Ouverture de 48 unités de logements supervisés pour les toxicomanes afin d'accroître les résultats sociaux et sanitaires pour les personnes présentant des problèmes de toxicomanie.
- ✓ La Self Help Alliance et l'Association canadienne pour la santé mentale mettent en œuvre un programme d'intervention exemplaire lié au suicide, qui s'adresse aux personnes ayant déjà fait plusieurs tentatives de suicide et qui ont des pensées suicidaires.
- ✓ L'Hôpital Cambridge Memorial ouvrira une unité provisoire de santé mentale pour patients et patientes hospitalisés comptant 22 lits, dans le cadre d'un premier échéancier.

Améliorer la prévention et la gestion des maladies chroniques

Entre 2003 et 2009, les taux de prévalence du diabète et de l'hypertension ont augmenté à l'échelle provinciale et locale à Waterloo Wellington. La mesure dans laquelle ces taux ont augmenté entre 2003 et 2009 dans le RLISSWW est particulièrement préoccupante (83 % pour le diabète et 20 % pour l'hypertension), comparativement à la province (40 % pour le diabète et 17 % pour l'hypertension).

Les disparités constatées dans les taux de maladies parmi divers groupes culturels doivent également être traitées. Par exemple, les taux de diabète, d'asthme, d'hypertension et d'arthrite sont supérieurs chez les habitants et habitantes autochtones du RLISSWW comparativement à la population totale du RLISSWW; dans certains cas, ces taux sont deux fois plus élevés.

Objectif : Améliorer la prestation des services de gestion et de prise en charge des maladies chroniques et d'améliorer l'accès aux services spécialisés pour les patients et patientes atteints de maladies chroniques.

Réussites :

- ✓ Mise en place d'un centre de coordination régional pour le diabète et ses programmes connexes.

Le logement avec services de soutien : la base d'une meilleure santé

Pour Mike*, garder un emploi était pratiquement impossible. Une dépendance à l'alcool et d'autres problèmes de santé l'empêchaient de travailler, ce qui se traduisait par des périodes de sans-abris. Incapable de se concentrer à la fois sur sa survie et sur surmonter sa dépendance, Mike se trouvait dans un cycle désespéré de traitement de crise et de rechute.

« Non seulement cette situation n'offrait qu'une qualité de vie médiocre à cette personne, mais elle était aussi lourde pour notre système de santé. Ces personnes ont besoin de meilleurs appuis et d'une plus grande stabilité pour leur permettre de faire les changements nécessaires pour recouvrer leur santé, et rester en santé », explique Heather Kerr, directrice générale, Stonehenge Therapeutic Community. « Voilà pourquoi notre nouveau programme de logement avec services de soutien pour les personnes ayant une dépendance est si nécessaire et si important. »

Les résidents de la région qui sont aux prises avec une dépendance ont maintenant accès à des appartements permanents et transitionnels avec services de soutien. Ces services sont subventionnés par le RLISSWW et sont offerts en partenariat avec les organismes Waterloo Regional Homes for Mental Health et House of Friendship ainsi que l'Association canadienne de santé mentale, filiale de Grand River.

Vingt-neuf unités sont actuellement offertes – quatre à Cambridge, 12 à Guelph, 12 à Kitchener-Waterloo et une dans une collectivité rurale. Trois logements ouvriront dans la partie rurale du comté de Wellington lorsqu'elles seront jumelées avec des clients dans le besoin.

Pour Mike, l'accès à un logement sécuritaire a transformé sa vie. Il a terminé le programme de traitement de Stonehenge et a pu s'installer dans un logement transitionnel avec soutien pour personnes aux prises avec une dépendance. Il y a trouvé un endroit sécuritaire en compagnie avec des personnes avec qui il avait des choses en commun. Il a été en mesure de se concentrer sur son rétablissement et a acquis plusieurs aptitudes de vie qui lui seront utiles à l'avenir.

*Le nom de ce client a été changé pour protéger son identité.

- ✓ Mise en œuvre d'un programme complet de lutte contre l'obésité.
- ✓ Mise en œuvre d'un nouveau processus central d'admission pour les aiguillages d'éducation au diabète utilisant un formulaire de présentation commun. Ce processus a permis d'améliorer la navigation dans le système et l'accès aux services.
- ✓ Grâce au financement du Réseau rénal de l'Ontario, le programme régional a pu embaucher une personne chargée de la coordination à l'accès vasculaire et une dialyse autonome. Navigateur ayant pour objectif d'améliorer les taux dans ces deux domaines.
- ✓ Extension de la dialyse péritonéale aux foyers de soins de longue durée.
- ✓ Extension des initiatives de désaccoutumance au tabac à travers le RLISSWW.

Réduire le nombre de jours « autre niveau de soin » (ANS)

Les patients et patientes ANS sont les patients qui attendent à l'hôpital pour être placés dans un centre plus approprié, comme les foyers offrant du soutien, des soins de longue durée, des soins palliatifs, une réadaptation, des soins de santé mentale et bien plus encore. À Waterloo Wellington, lors d'un jour donné, environ 100 lits d'hôpital sont occupés par des patients et patientes ANS. Même si les personnes âgées représentent 50 % de tous les jours d'hôpital en soins actifs, elles sont souvent confrontées aux plus grandes difficultés lorsqu'elles tentent de retourner chez elles; elles représentent 87 % de tous les jours ANS.

Lorsque des lits sont désignés comme étant ANS, ils réduisent la capacité disponible pour les nouveaux patients et patientes arrivant aux services des urgences ou attendant des chirurgies; la pression sur les temps d'attente est alors accrue. Grâce aux initiatives locales, les jours ANS dans les hôpitaux ont été réduits, passant de 27 % en novembre 2008 à 17,65 % en avril 2011, ce qui signifie qu'un pourcentage équivalent de gens recevait les bons soins dans la collectivité plutôt que d'attendre de façon inappropriée à l'hôpital.

Objectif : Améliorer l'utilisation des lits pour les soins actifs et améliorer l'accès aux services communautaires afin d'accroître les possibilités de congés de l'hôpital.

Réussites :

- ✓ Investissements ciblés effectués afin d'éviter à des personnes de devenir inutilement ANS : Hospital Elder Life Program (programme HELP), programme qui offre des soins aux personnes âgées de santé fragile afin d'éviter de graves complications liées à l'hospitalisation; et sevrage de la ventilation artificielle à plus long terme.
- ✓ Désignation des occasions pour que les foyers de soins de longue durée acceptent des habitants et habitantes présentant une plus grande acuité.
- ✓ Ouverture de 12 lits d'aide à la vie autonome pour les personnes qui ont survécu à une lésion cérébrale acquise.
- ✓ Extension du Programme intégré d'aide à la vie autonome pour les personnes âgées.
- ✓ Lancement d'un programme de logements avec services de soutien de 33 lits.
- ✓ Mise à disposition de 298 lits de soins de longue durée, dont 96 au Centre de santé St. Joseph à Guelph et 96 autres au Village of Riverside Glen. Quatre-vingt-seize autres lits sont en cours d'aménagement au Hilltop Manor à Cambridge.
- ✓ Mise en œuvre de la philosophie de soins à domicile d'abord, qui aide d'autres patients et patientes à quitter l'hôpital pour retrouver leur domicile en toute sécurité, où ils peuvent prendre des décisions éclairées sur leurs arrangements futurs en matière de soins. Un nouveau lancement de la philosophie en 2011 a eu de fortes répercussions sur la réduction des jours ANS à travers le RLISSWW.



Fiers du faible nombre de patients qui attendent à l'hôpital avant d'accéder à des soins de longue durée

Au début de 2012, le RLISS de Waterloo Wellington a célébré une réalisation extraordinaire : avoir le nombre le moins élevé de toute la province de patients et patientes désignées « autres niveaux de soins » (ANS) attendant à l'hôpital pour accéder à des soins de longue durée*. Ceci signifie qu'un plus grand nombre de résidents et résidentes dans la région de Waterloo Wellington reçoivent les soins appropriés, au meilleur endroit, au meilleur moment.

Les hôpitaux de la région, en partenariat avec le Centre d'accès aux soins communautaires de Waterloo Wellington et le RLISSWW, ont mis en œuvre la philosophie Chez soi avant tout qui veut que la première option offerte aux patients et patientes à la sortie de l'hôpital soit leur retour à leur domicile, ce que désirent la plupart d'entre eux. Une fois chez eux, ils peuvent prendre des décisions éclairées relativement à leur hébergement futur. Ceci aide les patients et patientes à recevoir des soins de qualité à l'endroit le plus approprié, tout en réduisant les journées ANS dans les hôpitaux.

L'Hôpital St. Mary's a connu un succès particulier après avoir renouvelé son approche Chez soi avant tout en août 2011. « Au début de 2011, il n'était pas rare d'avoir de 20 à 30 personnes attendant dans notre hôpital pour un lit de soins de longue durée » explique Jayne Menard, directrice des soins médicaux et chirurgicaux à St. Mary's. « Maintenant, nous n'avons que deux ou trois patients en attente de soins de longue durée, et certaines journées, pas un seul. »

L'hôpital attribut son succès aux liens solides qui existent entre son personnel et ses partenaires communautaires et à un changement, chez le personnel, de la façon dont on parle aux patients et aux membres de leur famille de la possibilité de retourner à la maison. « Chez soi avant tout commence dès l'admission », explique Jayne. « Nous disons, lorsque vous serez stable du point de vue médical, vous retourerez chez vous. C'est le meilleur endroit pour vous. Entretemps, nous allons vous aider à vous rétablir et nous allons nous assurer que lorsque vous retournez chez vous, que vous aurez tous les soutiens dont vous avez besoin pour continuer à vous sentir mieux. »

* Données fournies par l'Association des hôpitaux de l'Ontario, le 12 janvier 2012.

Fournir des possibilités éducatives aux fournisseurs de services de santé locaux

Dans le cadre de l'engagement du RLISSWW d'offrir des possibilités éducatives de haut calibre aux fournisseurs de services de santé locaux, nous cherchons constamment à obtenir l'avis des personnes qui participent à nos activités de mobilisation. Au cours des quelques dernières années, les fournisseurs de soins de santé locaux nous ont dit, dans des sondages, qu'en plus du symposium annuel Champions du changement, qu'ils aimeraient avoir accès à possibilités d'apprentissages plus courtes et plus pratiques.

Pour répondre à ce souhait, nous avons mis au point les « labos du changement », des ateliers pratiques et collaboratifs dans lesquels les fournisseurs de soins de santé locaux peuvent découvrir les nouvelles possibilités et les nouveaux outils offerts dans le réseau de soins de santé local.

Les labos du changement ont pour objectif d'inspirer les intervenants et intervenantes du réseau de soins de santé local à devenir les champions du changement que vous célébrons lors de notre symposium annuel.

Cette année, nous avons organisé deux de ces ateliers.

En mars, le RLISSWW a rassemblé des chefs de file de diverses parties du réseau de soins de santé pour participer à l'une de deux séances d'une demi-journée sur LEADS – Diriger dans un milieu de soins. Ce cadre de leadership définit les connaissances, les aptitudes et les attitudes dont les chefs de file ont besoin pour contribuer de façon utile à un réseau de soins de santé local efficace et efficient.

En avril, en partenariat avec le Réseau de soins de santé en milieu rural de Waterloo Wellington, nous avons rassemblé des partenaires en santé, en éducation, en justice, des collectivités et d'autres secteurs pour explorer la perception des participants et participantes relativement à l'influence de la pauvreté sur la santé.

Engagement de la collectivité

Engagement de la collectivité

Depuis leur mise en place en 2005, les RLISS collaborent étroitement avec les habitants et habitantes et les fournisseurs de services de santé de la région afin de déterminer et de prévoir les besoins locaux en matière de santé.

Les habitants et habitantes et fournisseurs de services de santé de la région de Waterloo Wellington ont apporté leur participation de diverses manières. Ils ont contribué à déterminer les besoins et défis locaux, proposé des solutions et défini les priorités de notre système de santé local.

L'engagement de la collectivité demeure un ingrédient essentiel des efforts du RLISSWW. De 2011 à 2012, les activités d'engagement de la collectivité se sont concentrées sur l'examen de la réadaptation, l'élaboration d'une entité locale de planification des services en français et d'engagements ciblés auprès des médecins de la région.

Engagement des médecins de premier recours au sein du RLISSWW

Conformément au Plan d'action en matière de soins de santé de l'Ontario, qui souligne le rôle important que jouent les fournisseurs de soins primaires dans le système de santé local, le RLISSWW a entrepris une stratégie d'engagement ciblé auprès des fournisseurs de soins primaires au cours du dernier exercice.

En octobre, nous nous sommes associés au centre d'accès aux soins communautaires de Waterloo Wellington et à l'Ontario Medical Association pour accueillir deux séances pédagogiques rassemblant les médecins de la région. Ces séances visaient à garantir que les médecins de la région ont accès à des renseignements actualisés relativement aux initiatives principales liées au système de santé, qui les aideraient à améliorer l'accès de leurs patients et patientes aux soins.

Ces séances comprenaient des renseignements sur la philosophie de soins à domicile d'abord, des mises à jour sur les nouveaux outils cliniques disponibles à l'échelle locale, notamment ClinicalConnect, et ont également permis aux médecins de partager leurs réussites et leurs idées d'amélioration du système de santé local.

Activités d'engagement permanentes

Le RLISSWW a encouragé et planifié activement des activités d'engagement de la collectivité dans le cadre de son processus annuel de planification. Un processus d'engagement de la collectivité important appuie les objectifs du RLISSWW d'informer, d'éduquer, de consulter, de faire participer et d'habiliter les intervenants et intervenantes et faire en sorte qu'ils participent à la planification des services de santé et aux processus de prise de décision. Nous appuyons nos divers groupes de population grâce à un certain nombre de stratégies d'engagement.

Un conseil communautaire de 15 personnes se réunit régulièrement pour présenter des commentaires utiles au conseil. Ces personnes mettent leurs

connaissances, leur expérience et leur intérêt dans les soins de santé locaux au service du RLISSWW et donc de la collectivité.

Les organismes communautaires nous demandent souvent de leur faire des présentations. Le RLISSWW a également participé à des événements locaux, notamment le salon Seniors Wellness, Hike for Hospice, Passport Day et plus encore. Ces événements offrent au RLISSWW d'excellentes occasions de faire du réseautage avec les consommateurs et consommatrices, les partenaires communautaires et les fournisseurs de services de santé.

Au cours de l'exercice écoulé, le RLISSWW a organisé la dixième édition du symposium Champions of Change. Cet événement a lieu afin d'offrir aux fournisseurs de services de santé et aux membres de la collectivité la possibilité de se réunir pour faire connaître les initiatives qui permettent d'offrir de la qualité et d'améliorer les processus relativement aux soins proposés aux habitants et habitantes de la région.

Plus de 230 personnes ont assisté à l'événement au printemps 2011, ce qui en fait le plus important rassemblement Champions of Change jusqu'à maintenant. Tout au long de la journée, les séances d'apprentissage étaient axées sur les déterminants de santé et la façon dont les inégalités en matière de santé parmi la population ont une incidence sur la durabilité de notre système de santé. Jour après jour, nous avons également continué de recevoir des commentaires sur les besoins de la collectivité de la part de nos fournisseurs de services de santé et de divers comités.

Engagement de la collectivité et services de santé en langue française

Les RLISS de Waterloo Wellington (WW) et de Hamilton Niagara Haldimand Brant (HNHB) ont collaboré et mené à la signature d'une entente de financement et de responsabilité sans précédent avec l'*Entité de planification pour les services en français dans les régions de Waterloo, Wellington, Hamilton, Niagara*. Il s'agit d'une entité de planification de la santé en français, partagée par les deux RLISS.

Au cours de l'année écoulée, le RLISS de Waterloo Wellington a travaillé en partenariat avec l'Entité de planification pour les services en français afin d'élaborer un plan d'action conjoint et un plan de travail visant à accroître l'accès aux services de santé pour la communauté francophone. D'après le profil communautaire élaboré par l'Entité de planification pour les services en français, le RLISS de Waterloo Wellington compte plus de 15 300 habitants et habitantes francophones; une grande part de l'accroissement de cette population est due à l'arrivée de nouveaux immigrants venus des pays africains qui, même s'ils partagent une langue avec les Canadiens et Canadiennes francophones, ont des cultures totalement différentes.

Le RLISSWW continue de s'impliquer auprès des divers groupes francophones de la région, y compris les sept écoles françaises et les deux conseils scolaires francophones. Par ailleurs, le RLISSWW a soutenu les bureaux de la santé publique dans la région de Waterloo et le Comté de Wellington lors d'un processus de consultation auprès de la communauté francophone afin de planifier le nouveau programme « Communautés en santé » dans la région.

Même si le RLISSWW ne compte aucune collectivité désignée comme francophone, il est important de prendre en compte les besoins de la communauté francophone afin d'assurer le bien-être de tous les habitants et habitantes de la région. Le programme de télémédecine de santé mentale en français à Trellis Mental Health and Developmental Services a été mis en œuvre et est devenu un modèle de pratique exemplaire visant à améliorer l'accès aux soins de santé de la population francophone.

Le 1^{er} janvier 2012, le centre d'accès aux soins communautaires de Waterloo Wellington est devenu un fournisseur de services en français et le RLISSWW le soutient depuis lors dans l'élaboration d'un plan de mise en œuvre qui répondra aux besoins de la communauté francophone, tout en prenant en compte la disponibilité limitée des ressources professionnelles francophones.

Activités de planification et services de santé pour les Autochtones

Les membres de la communauté autochtone de Waterloo Wellington vivent tous en milieu urbain. Notre territoire ne comprend pas de réserve ni de centre d'accueil pour les Indiens. Les habitants et habitantes autochtones ayant besoin de soins de santé doivent accéder aux services par l'intermédiaire du système de santé général ou se rendre à l'extérieur de la zone du RLISSWW pour avoir accès à des soins adaptés sur le plan culturel.

En 2010, le RLISSWW a amorcé un projet d'engagement approfondi afin d'apprendre à connaître les besoins en matière de santé propres à la communauté autochtone de Waterloo Wellington.

Au cours de l'année écoulée, nous avons travaillé avec les partenaires autochtones locaux pour tisser des liens et rassembler les personnes et les organisations afin d'examiner les manières de gérer les recommandations formulées dans l'évaluation des besoins en matière de santé.

En plus de ces travaux, nous avons également proposé des présentations aux fournisseurs de services de santé locaux à propos de la situation de la santé et des besoins en matière de santé des habitants et habitantes autochtones de la région. L'évaluation des besoins en matière de santé des Autochtones est accessible dans notre site Web au www.wwlhin.on.ca, sous « Mobiliser nos collectivités ».

Intégrité

Activités du RLISSWW

Le total des revenus de 2011-2012 comprend le financement des activités et des initiatives du RLISSWW, ainsi que le financement des fournisseurs des services de santé conformément aux lignes directrices relatives aux rapports du secteur public.

En 2011-2012, le budget du RLISSWW alloué aux activités et aux initiatives était de 5,5 millions de dollars. Au total, environ un demi pour cent (0,56 %) de notre financement total est utilisé pour les activités du RLISSWW afin de soutenir le rôle important de la planification, de la coordination et de l'intégration du système de santé local.

Le RLISSWW a terminé l'exercice avec un surplus opérationnel de 103 139 \$. Le RLISSWW possérait un personnel complémentaire de 31 postes équivalents temps plein (ETP) pour assurer l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins et l'optimisation de l'argent des contribuables. Notre personnel à temps plein et sous contrat dispose de diverses compétences et expériences; il comprend du personnel infirmier, des professionnels de soins de santé apparentés et d'anciens cadres supérieurs issus de grands fournisseurs de services de santé, des organisations gouvernementales et du secteur privé, notre chef des médecins de premier recours, notre chef des médecins des services des urgences et notre chef des services gériatriques.

Rendre la pareille à notre collectivité

Entre 2010 et 2011, le RLISSWW s'est concentré sur des activités amusantes de renforcement de l'esprit d'équipe, qui ont également offert de grands avantages à la collectivité. Un groupe de membres du personnel du RLISSWW et leurs familles ont passé du temps à aider à planter les graines de futurs arbres le long des routes rurales, afin d'appuyer la sécurité. Plusieurs campagnes de collecte d'aliments ont été organisées afin de soutenir les banques alimentaires de la région et une vente de pâtisseries s'est tenue afin de soutenir la Federated Health Campaign, qui appuie les organisations provinciales chargées de la santé.

L'avenir

À mesure que nous progressons, notre mission consiste à diriger un système de santé intégré de grande qualité pour nos habitants et habitantes.

Dans le cadre de la nouvelle vision intitulée « Meilleure santé – Meilleur avenir », et animé par la valeur fondamentale consistant à « agir dans l'intérêt de la santé et du bien-être de nos habitants et habitantes », le RLISSWW changera d'approche pour se concentrer sur quatre priorités stratégiques : Améliorer l'accès aux soins de santé primaires, Améliorer la coordination et les transitions des soins pour les populations visées, Mettre en œuvre des pratiques fondées sur l'expérience clinique pour favoriser la qualité et Maintenir les avantages des progrès réalisés à ce jour dans les domaines tels que les temps d'attente pour la tomographie par ordinateur, l'IRM, les soins cardiaques, les chirurgies de la cataracte et les chirurgies du cancer.

Ces priorités locales sont conformes au Plan d'action en matière de soins de santé de l'Ontario et se concentrent sur les besoins locaux en matière de santé des habitants et habitantes de Waterloo Wellington. Les fournisseurs de services de santé de la région harmonisent leurs plans stratégiques avec ceux établis par le Réseau afin de permettre l'élaboration d'un système véritablement intégré. Grâce à cette orientation précise et harmonisée, nous pourrons offrir à nos habitants et habitantes une meilleure santé, de meilleurs soins et une utilisation optimisée de l'argent.

États financiers du

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

31 mars 2012

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

31 mars 2012

Table des matières

Rapport de l'auditeur indépendant	27-28
État de la situation financière	29
État des activités financières	30
État de la variation de la dette nette	31
État des flux de trésorerie	32
Notes complémentaires	33-44

Rapport de l'auditeur indépendant

À l'intention des membres du conseil d'administration du
Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints du Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2012 et les états des activités financières, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus dans le cadre de notre audit sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit.

Opinion

À notre avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington au 31 mars 2012, ainsi que des résultats de ses activités financières, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Adotta + Tacke s.r.l

Comptables agréés
Experts-comptables autorisés
Le 7 juin 2012

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

État de la situation financière
au 31 mars 2012

	2012	2011
	\$	\$
Actifs financiers		
Trésorerie	561 984	1 042 057
Autres débiteurs	248 340	49 732
	810 324	1 091 789
Passifs		
Créditeurs et charges à payer	734 616	1 076 709
Montant à verser au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (note 3b)	101 479	33 086
Montant à verser à cyberSanté Ontario (note 3c)	1 660	-
Montant à verser au Bureau des services partagés des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (note 4)	-	8 934
Apports de capital reportés (note 5)	288 192	290 752
	1 125 947	1 409 481
Engagements (note 6)		
Dette nette	(315 623)	(317 692)
Actifs non financiers		
Charges payées d'avance	27 431	26 940
Immobilisations (note 7)	288 192	290 752
Surplus accumulé	-	-

Approuvé par le Conseil

 Jan Skingle, président du conseil d'administration

 D. Gossel, président du comité des finances et de la vérification

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

État des activités financières pour l'exercice clos le 31 mars 2012

	Budget (non audité) (note 8)	2012 Montant réel \$	2011 Montant réel \$
Produits			
Financement fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (note 3b)			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	904 863 389	979 769 095	920 425 127
Activités du Réseau local d'intégration des services de santé – frais généraux et administratifs	4 419 719	4 344 784	4 478 487
Services de cybersanté (note 10a)	-	600 000	600 000
Chef de service des urgences (note 10b)	-	75 000	75 000
Chef du projet Urgences – Autre niveau de soins (note 10c)	-	100 000	100 000
Planification autochtone (note 10d)	-	5 000	5 000
Services en français (note 10e)	-	106 000	50 537
Évaluation d'impact sur l'équité en santé (note 10f)	-	-	-
Chef des soins aux malades en phase critique (note 10g)	-	75 000	75 000
Chef des soins primaires (note 10h)	-	21 875	-
Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (note 10i)	-	57 000	-
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	-	77 495	105 306
	909 283 108	985 231 249	925 914 457
Financement remboursable au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (note 3b)	-	(101 479)	(31 608)
Financement remboursable à cyberSanté Ontario (note 3c)	-	(1 660)	-
	909 283 108	985 128 110	925 882 849
Charges			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	904 863 389	979 769 095	920 425 127
Activités du Réseau local d'intégration des services de santé – frais généraux et administratifs (note 11)	4 419 719	4 344 398	4 554 707
Services de cybersanté (note 10a)	-	598 340	600 000
Chef de service des urgences (note 10b)	-	73 710	75 000
Chef du projet Urgences – Autre niveau de soins (note 10c)	-	100 000	100 000
Planification autochtone (note 10d)	-	5 000	5 000
Services en français (note 10e)	-	106 000	46 537
Évaluation d'impact sur l'équité en santé (note 10f)	-	-	1 478
Chef des soins aux malades en phase critique (note 10g)	-	56 153	75 000
Chef des soins primaires (note 10h)	-	18 414	-
Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (note 10i)	-	57 000	-
	909 283 108	985 128 110	925 882 849
Surplus de l'exercice et surplus accumulé à la fin		-	-

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

État de la variation de la dette nette
pour l'exercice clos le 31 mars 2012

	Budget (non audité) (note 8)	2012	2011
		\$	\$
Surplus de l'exercice	-	-	-
Variation des charges payées d'avance	-	(491)	(26 940)
Acquisition d'immobilisations	-	(74 935)	(11 903)
Amortissement des immobilisations	-	77 495	105 306
Diminution de la dette nette	-	2 069	66 463
Dette nette au début	-	(317 692)	(384 155)
Dette nette à la fin	-	(315 623)	(317 692)

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

État des flux de trésorerie
pour l'exercice clos le 31 mars 2012

	2012	2011
	\$	\$
Exploitation		
Surplus de l'exercice	-	-
Moins : éléments sans effet sur la trésorerie	-	-
Amortissement des immobilisations	77 495	105 306
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	(77 495)	(105 306)
 Variation des éléments sans effet sur la trésorerie liés à l'exploitation		
Diminution du montant à recevoir du ministère	-	-
de la Santé et des Soins de longue durée	43 500	43 500
Diminution du montant à recevoir du Bureau		
des services partagés des Réseaux locaux	1 233	1 233
d'intégration des services de santé	-	-
(Augmentation) des autres débiteurs	(198 608)	(49 732)
(Diminution) augmentation des crébiteurs et charges à payer	(342 093)	49 324
Augmentation du montant à verser au ministère		
de la Santé et des Soins de longue durée	68 393	5 800
Augmentation du montant à verser à cyberSanté Ontario	1 660	-
(Diminution) augmentation du montant à verser au		
Bureau des services partagés des Réseaux locaux	(8 934)	8 934
d'intégration des services de santé	-	(46 537)
(Diminution) des produits reportés	(491)	(26 940)
(Augmentation) des charges payées d'avance	(480 073)	(14 418)
 Acquisition d'immobilisations		
	(74 935)	(11 903)
 Financement		
Apports de capital reçus (note 5)	74 935	11 903
(Diminution) nette de la trésorerie	(480 073)	(14 418)
Trésorerie au début	1 042 057	1 056 475
Trésorerie à la fin	561 984	1 042 057

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

Notes complémentaires

31 mars 2012

1. Description des activités

Le Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington a été constitué par lettres patentes le 2 juin 2005 à titre de société sans capital-actions. Par suite de la sanction royale du projet de loi 36, le 28 mars 2006, il a poursuivi ses activités en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la « *Loi* »), alors que le Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington (le « *RLISS* ») et ses lettres patentes étaient dissous. À titre de mandataire de l'État, le *RLISS* n'est pas imposé.

Le *RLISS* est mandataire de l'État et agit à ce titre uniquement. Les restrictions imposées au *RLISS* en ce qui a trait à certaines activités sont énoncées dans la *Loi*.

Le *RLISS* a pour mandat de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local dans une région géographique précise. Le *RLISS* couvre une région géographique clairement définie et permet aux collectivités locales et aux fournisseurs de services de santé de cette région de collaborer en vue de cibler les priorités locales, de planifier les services de santé et de les assurer de façon plus coordonnée. Le *RLISS* comprend la totalité du comté de Wellington, la région de Waterloo et la ville de Guelph, en plus d'englober une partie du comté de Grey, que les *RLISS* du Sud-Ouest et de Simcoe Nord Muskoka se partagent également. Le *RLISS* conclut des ententes de responsabilité avec des fournisseurs de services de santé.

Le *RLISS* est financé par la province d'Ontario, en vertu d'une entente de rendement des *RLISS* (l'« entente de rendement ») conclue avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « *Ministère* ») décrivant des arrangements budgétaires pris par le *Ministère* et établissant le cadre des responsabilités et activités du *RLISS*. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par le *Ministère*, et le *RLISS* ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par le *Ministère*.

Le *RLISS* a pris en charge la responsabilité d'autoriser des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé, avec prise d'effet le 1^{er} avril 2007. Les montants des paiements de transfert sont fondés sur les modalités prévues aux ententes de responsabilité conclues entre les divers fournisseurs et le *RLISS*. Au cours de l'exercice, le *RLISS* autorise le montant du paiement de transfert et en avise le *Ministère* qui, pour sa part, transfère le montant directement au fournisseur de services de santé. Les espèces liées au paiement de transfert ne transitent pas par le compte bancaire du *RLISS*.

Avec prise d'effet le 1^{er} avril 2007, tous les versements aux fournisseurs de services de santé de la région géographique desservie par un *RLISS* ont été imputés aux états financiers de celui-ci. Le financement attribué par le *Ministère* est comptabilisé à titre de produits, et un montant équivalent est passé en charges à titre de paiement de transfert aux fournisseurs de services de santé autorisés dans les états financiers de chaque *RLISS* pour l'exercice clos le 31 mars 2012.

Les états financiers du *RLISS* n'incluent aucun programme géré par le *Ministère*.

Le *RLISS* est également financé par cyberSanté Ontario, en vertu d'une entente de paiement de transfert des *RLISS* (l'« entente de paiement de transfert ») conclue avec cyberSanté Ontario décrivant des arrangements budgétaires pris par cyberSanté Ontario. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par cyberSanté Ontario, et le *RLISS* ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par cyberSanté Ontario.

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

Notes complémentaires

31 mars 2012

2. Principales conventions comptables

Les états financiers du RLISS constituent des déclarations de la direction et sont dressés conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada pour les gouvernements, tels qu'ils sont établis par le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public (le « CCSP ») de l'Institut Canadien des Comptables Agréés (l'« ICCA ») et, s'il y a lieu, selon les recommandations du Conseil des normes comptables (le « CNC ») de l'ICCA, telles qu'elles sont interprétées par la province d'Ontario. Les principales conventions comptables adoptées par le RLISS sont les suivantes :

Méthode de comptabilité

Les produits et les charges sont présentés selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Selon cette méthode, les produits sont constatés dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux produits surviennent et lorsque ceux-ci sont gagnés et peuvent être déterminés. Quant aux charges, elles sont constatées dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux charges surviennent, lorsque les charges sont engagées, que les ressources sont consommées et qu'elles peuvent être mesurées. En vertu de la comptabilité d'exercice, les charges incluent les éléments hors trésorerie comme l'amortissement des immobilisations et les pertes de valeur d'actifs.

Paiements de transfert gouvernementaux

Les paiements de transfert gouvernementaux versés par le Ministère sont comptabilisés dans les états financiers de l'exercice au cours duquel ils sont autorisés, lorsque les faits ayant donné lieu à leur versement sont survenus, que les critères de rendement sont respectés et que des estimations raisonnables des montants peuvent être faites.

Certaines sommes, incluant les paiements de transfert versés par le Ministère, sont reçues conformément à des lois, à des règlements ou à des conventions, et peuvent uniquement être utilisées aux fins de l'administration de certains programmes ou aux fins de l'achèvement de projets précis. Le financement est uniquement constaté à titre de produits dans l'exercice au cours duquel les dépenses connexes sont engagées ou les services connexes sont fournis. Certaines sommes reçues servent en outre à payer des dépenses relatives à des services n'ayant pas encore été fournis; elles sont comptabilisées à la fin de l'exercice au titre des montants à verser au Ministère.

Apports de capital reportés

Toute somme reçue et utilisée aux fins du financement d'immobilisations est constatée à titre d'apport de capital reporté et amortie à titre de produits sur la durée de vie utile de l'actif reflétant la prestation des services connexes. Le montant comptabilisé à titre de produits à l'état des activités financières est conforme à la politique d'amortissement s'appliquant aux immobilisations.

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

Notes complémentaires

31 mars 2012

2. Principales conventions comptables (suite)

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût historique, qui comprend les coûts directement liés à l'acquisition, à la conception, à la construction, au développement, à la mise en valeur ou à l'amélioration d'immobilisations. Les apports sous forme d'immobilisations sont comptabilisés à leur juste valeur estimative en date de l'apport. La juste valeur des apports sous forme d'immobilisations est estimée selon leur coût, leur valeur de marché ou leur valeur d'expertise, en fonction de celle qui convient le mieux. Lorsqu'il est impossible d'estimer la juste valeur des immobilisations, celles-ci sont comptabilisées à une valeur symbolique.

Les frais d'entretien et de réparation sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés, tandis que les améliorations permettant de prolonger la durée de vie utile ou d'augmenter la capacité d'immobilisations de façon considérable sont immobilisées. Les coûts liés aux logiciels sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés.

Les immobilisations sont comptabilisées au coût moins l'amortissement cumulé et elles sont amorties sur leur durée de vie utile estimative comme suit :

Matériel informatique, mobilier et agencements de bureau	3 ans (méthode linéaire)
Améliorations locatives	Durée du bail (méthode linéaire)
Matériel de bureau	5 ans (méthode linéaire)
Développement Web	3 ans (méthode linéaire)

L'amortissement des immobilisations qui sont acquises ou qui commencent à être utilisées en cours d'exercice est fourni pour un exercice complet.

Informations sectorielles

Un secteur est défini comme une activité distincte ou un groupe d'activités distinct, à l'égard de laquelle ou duquel il est approprié de présenter l'information financière séparément. La direction a établi que les informations déjà présentées dans l'état des activités financières et les notes complémentaires de l'exercice considéré et de l'exercice précédent sont adéquates en ce qui a trait aux secteurs pertinents et que, par conséquent, elle n'avait pas à présenter d'information additionnelle.

Utilisation d'estimations

La préparation d'états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada exige que la direction effectue des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants déclarés des actifs et des passifs, sur l'information relative aux actifs et aux passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants déclarés des produits et des charges au cours de l'exercice. Les résultats réels pourraient différer des estimations.

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

Notes complémentaires

31 mars 2012

3. Financement remboursable au Ministère et à cyberSanté Ontario

En vertu de l'entente de rendement conclue avec le Ministère, le RLISS doit afficher un bilan équilibré à la fin de chaque exercice. Par conséquent, toute somme reçue à titre de financement excédant les charges engagées doit être remboursée au Ministère.

En vertu de l'entente de paiement de transfert, le RLISS doit afficher un bilan équilibré à la fin de chaque exercice. Par conséquent, toute somme reçue à titre de financement excédant les charges engagées doit être remboursée à cyberSanté Ontario.

a) Le montant remboursable au Ministère et à cyberSanté Ontario relativement aux activités de l'exercice visé se compose des éléments suivants :

	Financement reçu	Charges admissibles	2012	2011
	\$	\$	\$	\$
Paiements de transfert aux fournisseurs				
de services de santé	979 769 096	979 769 096	-	-
Activités du RLISS	4 422 279	4 344 398	77 881	29 086
Services de cybersanté	600 000	598 340	1 660	-
Chef des soins aux malades en phase critique	75 000	56 153	18 847	-
Chef de service des urgences	75 000	73 710	1 290	-
Chef du projet Urgences – Autre niveau de soins	100 000	100 000	-	-
Planification autochtone	5 000	5 000	-	-
Stratégie sur le diabète de la province d'Ontario	-	-	-	-
Services en français	106 000	106 000	-	4 000
Gestion personnelle du diabète	-	-	-	-
Évaluation d'impact sur l'équité en santé	-	-	-	(1 478)
Chef des soins primaires	21 876	18 414	3 461	-
Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario	57 000	57 000	-	-
	985 231 249	985 128 110	103 139	31 608

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

Notes complémentaires

31 mars 2012

3. Financement remboursable au Ministère et à cyberSanté Ontario (suite)

b) Le montant à verser au Ministère au 31 mars se compose des éléments suivants :

	2012	2011
	\$	\$
Montant à verser au Ministère au début	33 086	27 286
Paiement au Ministère au cours de l'exercice	(33 086)	(25 808)
Financement remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé (note 3a)	101 479	31 608
Montant à verser au Ministère à la fin	101 479	33 086

c) Le montant à verser à cyberSanté Ontario au 31 mars se compose des éléments suivants :

	2012	2011
	\$	\$
Montant à verser à cyberSanté Ontario au début	-	-
Paiement à cyberSanté Ontario au cours de l'exercice	-	-
Financement remboursable à cyberSanté Ontario relativement aux activités de l'exercice visé (note 3a)	1 660	-
Montant à verser à cyberSanté Ontario à la fin	1 660	-

4. Opérations entre apparentés

Le Bureau des services partagés des RLISS (le « BSPR ») et la structure de collaboration entre les RLISS (la « CRLISS ») sont des divisions du RLISS de Toronto-Centre et sont assujetties aux mêmes politiques, lignes directrices et directives que le RLISS de Toronto-Centre. Le BSPR et la CRLISS sont responsables, au nom des RLISS, de la prestation de services à tous les RLISS. Le coût lié à la prestation de ces services est facturé à tous les RLISS. Toute tranche des charges d'exploitation du BSPR payée en trop (ou impayée) par les RLISS en fin d'exercice est comptabilisée à titre de montant à recevoir du BSPR (à verser au BSPR). Ces modalités sont toutes prévues aux termes de la convention de services partagés que le BSPR a conclue avec tous les RLISS.

La CRLISS a été créée au cours de l'exercice 2011 afin de renforcer les liens entre les fournisseurs de services de santé, les associations et les RLISS et de favoriser un alignement entre les différents systèmes. La CRLISS a pour objectif de soutenir les RLISS :

- dans leur démarche visant à obtenir la participation de la communauté des fournisseurs de services de santé afin que ceux-ci soutiennent une intégration efficace et réalisée en collaboration avec les systèmes de soin de santé;
- dans leur rôle de gestionnaire de système;
- quand il y a lieu, dans l'implantation harmonieuse des stratégies et initiatives provinciales;
- dans la détermination et la communication des pratiques exemplaires.

La CRLISS est un organisme dirigé par les RLISS et est responsable devant ces derniers. Le financement de la CRLISS est assuré par les RLISS, avec une participation du Ministère.

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

Notes complémentaires

31 mars 2012

5. Apports de capital reportés

	2012	2011
	\$	\$
Solde au début	290 752	384 155
Apports de capital reçus au cours de l'exercice	74 935	11 903
Amortissement pour l'exercice	(77 495)	(105 306)
	288 192	290 752

6. Engagements

Le RLISS a des engagements en vertu de divers contrats de location-exploitation et de contrats d'entretien visant des locaux, des logiciels et du matériel. Les contrats seront très probablement renouvelés. Les paiements minimaux exigibles au titre de la location pour chacun des cinq prochains exercices s'établissent comme suit :

	\$
2013	344 459
2014	348 558
2015	352 762
2016	370 137
2017	346 740
Par la suite	1 062 823

Le RLISS a également des engagements de financement envers des fournisseurs de services de santé liés par des ententes de responsabilité. Les montants réels qui seront ultimement versés dépendent du financement réel du RLISS par le Ministère.

7. Immobilisations

	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
	\$	\$	\$	\$
Matériel, mobilier et agencements de bureau	338 622	206 103	132 519	182 348
Matériel informatique	48 756	38 748	10 008	20 016
Développement Web	23 043	23 043	-	-
Améliorations locatives	764 184	618 519	145 665	88 387
	1 174 605	886 413	288 192	290 751

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

Notes complémentaires

31 mars 2012

8. Chiffres du budget

Les chiffres du budget présentés à l'état des activités financières reflètent le budget initial au 1^{er} avril 2011 approuvé par le Conseil du RLISS. Ces chiffres ont été présentés pour que ces états financiers soient conformes aux exigences de communication d'information du CCSP. Le gouvernement a approuvé des ajustements budgétaires au cours de l'exercice. Le tableau suivant présente les ajustements apportés au budget du RLISS au cours de l'exercice.

Le budget de financement final des fournisseurs de services de santé de 979 769 095 \$ est calculé comme suit :

	\$
Budget initial	904 863 389
Financement additionnel reçu au cours de l'exercice	74 905 706
<u>Budget final</u>	<u>979 769 095</u>

Le budget final des frais généraux et administratifs et des initiatives précises de 4 344 784 \$ est calculé comme suit :

	\$
Budget initial	4 419 719
Financement additionnel reçu au cours de l'exercice	-
Montant considéré comme des apports de capital au cours de l'exercice	(74 935)
<u>Budget final</u>	<u>4 344 784</u>

Aucun budget n'a été fixé en regard des éléments figurant à l'état de la variation de la dette nette.

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

Notes complémentaires

31 mars 2012

9. Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé

Le RLISS peut accorder un financement de 979 769 095 \$ aux divers fournisseurs de services de santé situés dans la région géographique qu'il dessert. Les paiements de transfert accordés par le RLISS à divers secteurs s'établissent comme suit pour l'exercice 2012 :

	2012	2011
	\$	\$
Gestion d'hôpitaux	594 171 803	562 147 855
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux publics	159 225	159 225
Centres de soins de longue durée	164 685 974	147 875 383
Centres d'accès aux soins communautaires	109 085 432	101 024 036
Services de soutien communautaires	17 937 579	16 998 689
Soins à domicile dans des logements avec services de soutien	5 882 562	6 241 198
Centres de soins de santé communautaires	16 998 621	16 579 197
Programmes communautaires de soins de santé mentale	31 014 019	28 419 993
Hôpitaux psychiatriques spécialisés	30 633 800	30 209 100
Programmes de toxicomanie	9 200 080	8 803 304
Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé	*	1 967 147
	979 769 095	920 425 127

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

Notes complémentaires

31 mars 2012

10. Des financements distincts ont été accordés au RLISS par le Ministère et cyberSanté Ontario relativement à certains projets

a) *Services de cybersanté*

Le RLISS a reçu de cyberSanté Ontario un financement de 600 000 \$ (600 000 \$ en 2011). Ces fonds ont servi à financer des initiatives visant à soutenir son plan stratégique de services de cybersanté, lequel est défini dans son plan de services de santé intégrés. Les charges liées aux services de cybersanté engagées au cours de l'exercice se présentent comme suit :

	2012	2011
	\$	\$
Salaires, charges sociales et services-conseils	506 220	506 893
Autres	92 120	93 107
	598 340	600 000

b) *Chef de service des urgences*

Le RLISS a reçu un financement de 75 000 \$ (75 000 \$ en 2011) relativement aux fonctions du chef de service des urgences. Les charges liées aux fonctions du chef de service des urgences engagées au cours de l'exercice se présentent comme suit :

	2012	2011
	\$	\$
Salaires, charges sociales et services-conseils	72 000	74 030
Autres	1 710	970
	73 710	75 000

c) *Chef du projet Urgences – Autre niveau de soins*

Le RLISS a reçu un financement de 100 000 \$ (100 000 \$ en 2011) relativement aux fonctions du chef du projet Urgences – Autre niveau de soins. Les charges liées aux fonctions du chef du projet Urgences – Autre niveau de soins engagées au cours de l'exercice se présentent comme suit :

	2012	2011
	\$	\$
Salaires, charges sociales et services-conseils	100 000	100 000

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

Notes complémentaires

31 mars 2012

10. Des financements distincts ont été accordés au RLISS par le Ministère et cyberSanté Ontario relativement à certains projets (suite)

d) Planification autochtone

Le RLISS a reçu un financement de 5 000 \$ (5 000 \$ en 2011) relativement à la planification autochtone. Les charges liées à la planification autochtone engagées au cours de l'exercice se présentent comme suit :

	2012	2011
	\$	\$
<u>Engagement auprès de la communauté</u>	<u>5 000</u>	<u>5 000</u>

e) Services en français

Le RLISS a reçu un financement de 106 000 \$ (50 537 \$ en 2011) relativement aux services en français. Les charges liées aux services en français engagées au cours de l'exercice se présentent comme suit :

	2012	2011
	\$	\$
Salaires, charges sociales et services-conseils	76 304	17 610
Autres	29 696	28 927
106 000	46 537	

f) Évaluation d'impact sur l'équité en santé

Le RLISS a reçu un financement de néant (néant en 2011) relativement à l'évaluation d'impact sur l'équité en santé. Aucune charge liée à l'évaluation d'impact sur l'équité en santé n'a été engagée au cours de l'exercice.

	2012	2011
	\$	\$
<u>Autres</u>	<u>-</u>	<u>1 478</u>

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

Notes complémentaires

31 mars 2012

10. Des financements distincts ont été accordés au RLISS par le Ministère et cyberSanté Ontario relativement à certains projets (suite)

g) Chef des soins aux malades en phase critique

Le RLISS a reçu un financement de 75 000 \$ (75 000 \$ en 2011) relativement au chef des soins aux malades en phase critique. Les charges liées au chef des soins aux malades en phase critique engagées au cours de l'exercice se présentent comme suit :

	2012	2011
	\$	\$
Salaires, charges sociales et services-conseils	54 000	75 000
Autres	2 153	-
	56 153	75 000

h) Chef des soins primaires

Le RLISS a reçu un financement de 21 875 \$ (néant en 2011) relativement au chef des soins primaires. Les charges liées au chef des soins primaires engagées au cours de l'exercice se présentent comme suit :

	2012	2011
	\$	\$
Salaires, charges sociales et services-conseils	18 000	-
Autres	414	-
	18 414	-

i) Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario

Le RLISS a reçu un financement de 57 000 \$ (néant en 2011) relativement au Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario. Les charges liées au Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario engagées au cours de l'exercice se présentent comme suit :

	2012	2011
	\$	\$
Salaires, charges sociales et services-conseils	57 000	-

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

Notes complémentaires

31 mars 2012

11. Activités du RLISS – frais généraux et administratifs

Alors que l'état des activités financières présente les charges selon leur fonction, le tableau suivant présente les frais généraux et administratifs par objet :

	2012	2011
	\$	\$
Salaires et charges sociales	2 761 302	2 949 762
Charges locatives	295 412	317 182
Amortissement	77 494	105 306
Services partagés	465 989	379 155
Structure de collaboration entre les RLISS	26 971	45 000
Relations publiques	53 964	64 715
Services-conseils	232 828	107 370
Fournitures	85 433	81 998
Indemnités quotidiennes du président du Conseil	68 450	80 805
Indemnités quotidiennes de tous les autres membres du Conseil	47 700	35 100
Autres frais de gouvernance	34 700	45 674
Frais de poste, de messagerie et de télécommunications	64 657	62 038
Autres	129 498	280 603
	4 344 398	4 554 708

12. Conventions de prestations de retraite

Le RLISS verse des cotisations au Hospitals of Ontario Pension Plan (le « HOOPP »), un régime interentreprises, pour le compte d'environ 30 membres de son personnel. Il s'agit d'un régime à prestations déterminées qui précise le montant des avantages de retraite devant être reçu par les employés en fonction de leur ancienneté et de leur salaire. Le montant des cotisations versées au HOOPP relativement au coût des services rendus au cours de l'exercice a été de 267 312 \$ pour l'exercice 2012 (281 497 \$ en 2011) et ce montant a été passé en charges dans l'état des activités financières. La dernière évaluation actuarielle du régime de retraite a été effectuée au 31 décembre 2011, date à laquelle le régime était entièrement capitalisé.

13. Garanties

Le RLISS est assujetti aux dispositions de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Par conséquent, dans le cours normal de ses activités, le RLISS ne peut conclure d'entente prévoyant l'indemnisation de tiers, sauf conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à la ligne directrice connexe sur l'indemnisation.

Le directeur général a bénéficié d'une indemnisation fournie directement par le RLISS conformément aux dispositions de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et conformément au chapitre 28 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

14. Chiffres correspondants

Certains chiffres correspondants ont été reclasés afin qu'ils soient conformes à la présentation de l'exercice visé.



Vivre et bien vivre à Waterloo Wellington

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington
50, promenade Sportsworld Crossing Drive, bureau 200 Kitchener (Ontario) N2P 0A4

Téléphone : 519 650 4472 Télécopieur : 519 650 3155 Sans frais : 1 866 306 5446

Adresse électronique générale : waterloowellington@lhins.on.ca

Sites Web : www.wwlhin.on.ca et www.partnersinhealth.ca

ISSN 1911-2963 (version imprimée)

ISSN 1913-9284 (version en ligne)

